

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

SOLIDÃO E DEPRESSÃO

Perspetiva temporal

CÉLIA SOFIA PEREIRA VIEIRA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de
Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015

SOLIDÃO E DEPRESSÃO:
PERSPETIVA TEMPORAL

CÉLIA SOFIA PEREIRA VIEIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica no Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Coimbra, outubro de 2015

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice de tabelas	vii
Lista de siglas	viii
Introdução	1
A Solidão	3
A Depressão.....	8
Solidão versus Depressão	12
Perspetiva Temporal	14
Definição do problema e objetivos de estudo	15
Material e método	16
Participantes.....	16
Instrumentos	17
Procedimentos	18
Apresentação de Resultados	20
Discussão e conclusão	24
Bibliografia.....	28
Anexos	31

Agradecimentos

*Aos professores, à minha família e a todas as pessoas que comigo se cruzaram, na certeza
de que me construí na relação com todas elas,
muito obrigada.*

Resumo

O presente estudo, propõe-se explorar a relação entre os constructos de solidão e depressão, contribuindo para esclarecer em que medida a primeira pode ser considerada uma entidade diagnóstica separada da depressão ou pelo contrário, apenas percebida na relação com a mesma. Pretendeu-se averiguar se existem indivíduos sem depressão que apresentem significativos níveis de solidão. Nesta análise privilegiamos, ainda, a perspetiva temporal, pretendemos verificar se há diferenças significativas na evolução do sentimento de solidão, após o período intervalar de três meses.

Participaram, neste estudo, uma amostra de 60 indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 86 anos, sendo a média aproximada de 52 anos. Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram um breve Questionário Sociodemográfico; a adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS). Os dados foram submetidos a análise pelos princípios da estatística paramétrica.

Neste estudo a fidedignidade global demonstrou ser elevada sendo o valor de *Alpha Cronbach's* de 0,939. A hipótese central foi confirmada constatando-se que, apesar de existir uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão, existem indivíduos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão ($p > 0,001$). Não se verificou uma relação de prevalência da solidão no género feminino e a mesma foi maior em grupos etários mais elevados, no entanto, essa diferença não se revelou estatisticamente significativa. Recorrendo aos testes do *qui-quadrado* da independência; de concordância *Kappa de cohen* e ao teste *t de student*, concluiu-se que existe uma associação significativa de concordância moderada entre a solidão, ao longo do tempo. Esta conclusão reforça a análise da manutenção dos níveis de solidão quando não existe intervenção terapêutica específica.

Palavras chave: solidão, depressão, perspetiva temporal, sentimento.

Abstract

This study aims to explore the relationship between the constructs of loneliness and depression, helping to clarify how far the former can be considered a separate diagnostic entity of depression or on the contrary, only perceived in relation to the same. We sought to determine whether there are individuals without depression who present significant levels of loneliness. In this analysis we also focus on the temporal perspective. We plan to check for statistically significant differences in the evolution of the feeling of loneliness after a three month period.

A sample of 60 individuals aged between 40 and 86, with an average age of approximately 52, participated in this study. The instruments used to collect the data were a brief Sociodemographic Questionnaire, the Portuguese adaptation of the UCLA Loneliness Scale and the Geriatric Depression Scale (GDS). The data were subjected to an analysis based on the principles of parametric statistics.

In this study the overall reliability proved to be high, Cronbach's alpha value being 0,939. A central hypothesis was confirmed verifying that, although there is a statistically significant association between loneliness and depression, there are individuals without depression presenting high levels of loneliness ($p < 0.001$). There was no ratio of loneliness prevailing in females and the same was higher in older age groups, but this difference did not prove to be statistically significant. Using Cohen's Kappa chi-square independence and agreement tests; and the Student t test, we concluded that there is a significant association of a moderate correlation in loneliness over time. This reinforces the analysis that loneliness levels are maintained when there is no specific therapeutic intervention.

Key words: loneliness, depression, temporal perspective, feeling.

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o género	16
Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com a idade	16
Tabela 3 - Validade da Escala	18
Tabela 4 - Prevalência da depressão	20
Tabela 5 - Prevalência da solidão	20
Tabela 6 - Relação entre solidão e depressão	21
Tabela 7 - Prevalência da solidão segundo o género	22
Tabela 8 - Prevalência da solidão segundo a idade	22
Tabela 9- Prevalência da solidão na primeira e segunda aplicação	23
Tabela 10- Valores de aplicação e reaplicação da UCLA	23

Lista de siglas

CID – Classificação Internacional das Doenças

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ET AL – e outros

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

H₁ – Hipótese 1

H₂ – Hipótese 2

H₃ – Hipótese 3

H₄ – Hipótese 4

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCLA – Escala de Solidão Ucla

WHO – Sigla inglesa de OMS

Introdução

Solidão e depressão são síndromes clínicas muito frequentes na população portuguesa e comumente associadas uma à outra. Mas, será que se trata da mesma entidade diagnóstica ou de coisas diferentes? Qual a relação entre as duas? A investigação sobre solidão tem sido dificultada pela sua forte associação com a depressão. As duas síndromas coocorrem com frequência e as medidas das duas são substancialmente correlacionadas. Na verdade, a incapacidade de manipular experimentalmente solidão ou depressão torna difícil de desvendar a influência causal de uma sobre a outra. Em Portugal, a falta de instrumentos credíveis e escalas adaptadas à sua população tem sido fatores limitativos do aparecimento de mais estudos sobre solidão, limitando assim o conhecimento e apresentação de dados relativos à sua prevalência. Ainda assim, estima-se que 10% da população sofra de solidão grave persistente e embora algumas pessoas estejam em maior risco do que outros, nenhum segmento da sociedade é totalmente imune (Peplau & Perlman, 1982)

A solidão faz parte atualmente dos diagnósticos da associação de enfermagem da América do Norte da NANDA (N. A. D. Association, 2004), mas, apesar disso, não foi incorporada no manual de estatística e diagnóstico DSM-IV nem mais recentemente no DSM-5 (A. P. Association, 2013). Uma razão para esta omissão pode ser, segundo Booth (2000), a falta de familiaridade dos clínicos com o conceito como um constructo isolado/discreto, sendo apenas compreendido quando correlacionado com outras patologias, nomeadamente a depressão. A depressão é também uma das doenças psiquiátricas mais frequentes e a OMS estima que uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens possam vir a ter crises depressivas durante a sua vida. É uma perturbação do humor que não deve ser confundida com sentimentos de tristeza que geralmente são reativos a acontecimentos da vida, que passam com o tempo e não impedem a pessoa de viver normalmente (Wolpert, 2000).

As razões apontadas justificam a pertinência desta investigação cuja importância reside, não só, na ajuda para a compreensão dos aspetos básicos do relacionamento interpessoal mas também, no facto da solidão ser em si mesma um problema doloroso para muita gente e por isso ser fundamental encontrar instrumentos que possam contribuir para a sua medição.

O objetivo do presente estudo é contribuir para uma maior clarificação da situação e verificar se a solidão pode ser entendida como constructo independente ou, se pelo contrário, ela é uma variável a ser compreendida apenas quando correlacionada com a depressão. Solidão e depressão são a mesma coisa ou coisas diferentes? No alcance dos resultados foi privilegiada a perspetiva temporal para avaliar a consistência do sentimento de solidão ao longo do tempo. Pretende-se

verificar se há diferenças significativas na evolução do sentimento de solidão, quando os indivíduos não receberam nenhum tipo de intervenção terapêutica, após um período intervalar de 3 meses.

Estruturalmente, o nosso trabalho constará de duas partes fundamentais: na primeira faremos uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual dos temas e, na segunda, apresentaremos a investigação de campo e as conclusões.

A Solidão

O interesse pelo fenómeno da solidão é muito antigo mas o ênfase pelo estudo científico apenas remonta à segunda metade do século XX com autores como Sullivan (1953), Fromm-Reichmann (1959), Moustakas (1961), Weiss (1973), Peplau e Perlman (1982). Bastos & Costa, (2006), tendo sido um marco fundamental a criação da primeira Escala de Avaliação da Solidão – University of California Loneliness Scale, UCLA (Peplau & Perlman, 1982).

A solidão constitui um tema que tem vindo a suscitar cada vez maior interesse no mundo científico e literário mas, e apesar disso, os cientistas sociais só agora começaram a explorar a sua natureza intrínseca. Duas das razões, apontadas para esta negligência científica, prendem-se, segundo Neto (1989) com o facto da mesma ser percecionada como um estigma, suscetível de contaminar os cientistas que a estudam e outra, terá a ver com a dificuldade em manipular esta variável em laboratório. Tal como nos diz Russel Peplau e Cutrona (1980) a tarefa principal dos investigadores não deverá ser o desenvolvimento de um paradigma experimental para produzir solidão em diferentes graus, sob condições controladas, mas antes, o desenvolvimento de instrumentos para colocar em evidência variações na solidão que ocorrem na vida quotidiana (Peplau & Cutrona, 1980).

A necessidade de intervir na diminuição dos sentimentos de solidão foi afirmado por diversos autores como Gordon (1976); Tanner (1973); Young (1982), mas em particular por Fromm-Reichmann (1959) que foi dos primeiros a alertar para a conceptualização da solidão como uma problemática independente e clinicamente debilitante (Bastos & Costa, 2006). A este respeito merece também destaque o artigo de Booth, (2000) que nas suas pesquisas liga solidão com várias condições psiquiátricas e acaba por constituir mais uma tentativa de abrir a discussão sobre a solidão e a sua adequação para inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

McWhriter (citado em Bastos & Costa, 2006) alertou para a importância de se considerar o tipo de solidão experienciada pelos indivíduos na investigação da eficácia das estratégias terapêuticas. Pode ser muito diferente um paciente que apresente queixas de forte solidão a nível íntimo de outro que se sente só porque não consegue estabelecer relações seguras com os pares. Esta questão é extremamente importante pois remete para a existência de vários tipos de solidão, percecionada na experiência subjetiva de cada um e na necessidade de existência de instrumentos de avaliação que a possam isolar e não apenas considerá-la na correlação com outras variáveis como por exemplo a depressão.

A investigação atual aponta para uma maior difusão da solidão e para os seus efeitos debilitantes (Jones; Rose; Russell, 1990; Rokach; Neto, 2000) no entanto, muita coisa há ainda a fazer, estima-se que um número significativo de pessoas experiencie os efeitos perniciosos da solidão e alguns de nós, devido a ela, tornamo-nos debilitados, deprimidos e desmoralizados (F Neto & Barros, 2008, p. 184).

Mas, o que é então a solidão? Está visto que a sua definição é tarefa difícil, uma vez que não podemos esquecer o seu caráter vago, subjetivo e idiossincrático capaz de se revestir de muitos significados (Augusto, Oliveira, & Pocinho, 2008). Têm sido sugeridas várias definições de solidão, Peplau e Perlman (1982), descreveram-na como sendo a experiência associada à discrepância entre as relações que percebemos que temos e as relações ideais, segundo o sujeito. Segundo os mesmos autores a solidão seria, então, uma experiência desagradável que deriva de importantes deficiências nas redes de relações sociais de uma pessoa (Peplau & Perlman, 1982). Na mesma linha de pensamento podemos referenciar Berger & Mailloux-Poirier (1995, p 387) para quem a “solidão é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”. Para Rook, (citado em Augusto et al., 2008), é importante ainda, atribuir-lhe uma dimensão temporal sendo então, a solidão, uma condição duradoura de dor emocional que surge quando o indivíduo se sente incompreendido ou rejeitado pelos outros e/ou quando lhe falta uma rede social de apoio para a realização das atividades desejadas, particularmente aquelas que propiciam um sentido de integração social e oportunidades para a intimidade emocional.

Neto (2000), introduz-nos duas óticas de observação da solidão considerando que a mesma pode ser encarada enquanto traço de personalidade, sendo as pessoas solitárias as que referem história de sentimentos frequentes e intensos de solidão e enquanto um estado psicológico, em que as pessoas experienciam solidão durante diferentes períodos de tempo em diferentes momentos da vida. Sendo assim, o indivíduo pode ter momentos de solidão ou ter uma experiência com a solidão, ou ainda, pode ser uma pessoa só ou sentir-se sozinha. Weiss (citado em Neto & Barros, 2008) apresenta um terceiro fator de classificação, distinguindo a solidão social, em que uma pessoa se sente insatisfeita devido à falta de apoio das redes sociais de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional, em que se está insatisfeito e só por causa de uma relação pessoal, íntima.

A familiaridade com a palavra impele-nos a tentar ser mais precisos no seu conceito, assim, é importante fazer a relação da solidão com isolamento e viver sozinho, não só por estes conceitos se relacionarem, mas também porque parecem não ser sinónimos. A existência de uma vasta rede social não implica a existência de uma relação próxima ou ausência de solidão; viver sozinho não é sinónimo de estar sozinho nem de solidão, isto é, nem todos os que vivem sozinhos estão

isolados, mas a maior parte dos isolados vivem sós. Enquanto viver sozinho é visível, a solidão é um sentimento próprio da subjetividade (Ferreira & Neto, 2012). É possível o indivíduo estar isolado sem se sentir só ou de sentir solidão quando está acompanhado com muita gente (Peplau & Perlman, 1982). Nesta análise é importante correlacionar as experiências objetivas, tempo durante o qual se está sozinho, com as experiências subjetivas, considerando aqui o caráter agradável ou menos agradável desse tempo (M. Pocinho, 2007). Partindo deste pressuposto apenas os indivíduos que experienciam dor psicológica podem ser considerados sós.

Tal como afirmam Peplau & Perlman (1982), apesar das divergências, várias definições de solidão partilham os mesmos aspetos. Em primeiro lugar, a solidão é vista como um fenómeno psicológico subjetivo e não é sinónimo de isolamento, de estar só. Em segundo lugar é uma experiência aversiva, que causa sofrimento, expressa a dor de estar sozinho. Apesar de alguns autores como Moustakas (1975) terem enfatizado a solidão como potenciadora de crescimento pessoal, as pessoas solitárias raramente veem a sua experiência como agradável. Por fim, a solidão resulta de um *deficit* nas relações sociais do indivíduo, é vista mais como representando insatisfação com o número ou a qualidade dos contactos que uma pessoa tem do que com a ausência total de contacto social. Nesta linha enquadram-se os trabalhos desenvolvidos, entre outros, por Sullivan (1953); Lopata (1969); Weiss (1973); Jong-Gierveld (1978); Perlman e Peplau (1981) e Young (1982) (citados em Neto & Barros, 2008). De facto a própria definição é um problema, uma vez que a solidão é um estado mais fácil de descrever do que definir, o desafio conceptual emerge, em parte, das diferentes perspetivas da pesquisa sobre o problema, em todas as áreas das ciências sociais, incluindo a Psicologia (M. Pocinho, 2007).

Face à não uniformidade em relação à leitura que se possa fazer da solidão, várias tipologias de classificação têm surgido, mostrando-se úteis, tendo por base quer a duração da solidão quer a natureza do *deficit* relacional envolvido. Tendo por base a duração destaca-se, em especial, o trabalho de Young (citado em Augusto et al., 2008) que identificou três tipos de solidão: transicional (pode durar entre alguns minutos e algumas horas e os sintomas não são graves); situacional (aquela que resulta de um acontecimento importante, como o fim de uma relação, e apresenta sintomas como, por exemplo, a ansiedade, insónias ou dores de cabeça) e crónica que dura há mais de dois anos e não resulta de um acontecimento traumático recente. Relativamente ao *deficit* social envolvido, a tipologia mais usual é a que foi proposta por Weiss (1973), (da qual já fizemos referência anteriormente), que propõe uma distinção entre solidão emocional e social. A primeira baseia-se na ausência de uma figura íntima de apego, os pais para as crianças ou no caso dos adultos o cônjuge ou os amigos, e a segunda, que se baseia na falta de apoio social fornecido por uma deficitária rede de conexão. Para o autor, apesar da solidão emocional ser mais grave, os dois tipos de solidão estão associados (citado em Neto & Barros, 2008). Peplau chama a atenção para a importância da taxonomia das funções do relacionamento uma vez que nem todos

os *deficits* relacionais contribuem de igual forma para a solidão e propõe o esclarecimento entre solidão e apoio social percebido (Peplau & Perlman, 1982).

Relativamente às causas da solidão, Melanie Klein (1975) foi uma das primeiras a refletir sobre o assunto e considerou que a mesma tinha origens nas “ansiedades paranoides e depressivas provenientes das ansiedades psicóticas das criancinhas”. Assim, parte do pressuposto de que os solitários sofrem de “uma perda irreparável” primordial. O desenvolvimento normal é quando se experimenta o sentimento de solidão e procura objetos externos, para afugentá-la. “As influências externas, mormente a atitude de pessoas significativas para o *eu*”. Melanie Klein entende a solidão como sendo resultante de sua própria sobrevivência psíquica” (Klein, 1975, p.155). Dentro da compreensão das causas de solidão parece útil distinguir fatores predisponentes, os que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, e fatores precipitantes, eventos que podem desencadear o aparecimento da solidão. Relativamente aos primeiros, relacionam-se essencialmente com as características da pessoa. Perlman e Peplaus (1982), apresentam uma síntese de estudos com o objetivo de relacionar a personalidade e a solidão e concluem que características como a timidez, introversão, deficiente vinculação, falta de assertividade e fraca autoestima predispõem o indivíduo à solidão, na medida em que contribuem para a dificuldade em manter e/ou repor relacionamentos satisfatórios. Experiências vividas na infância parecem, também, influenciar a probabilidade de um indivíduo vir a sentir solidão. Da mesma forma, situações de menor vinculação parental e filhos de pais divorciados precocemente, podem coadjuvar para o aumento da solidão na medida em que podem contribuir para reduzir as oportunidades de aquisição de habilidades sociais, fomentar sentimentos de baixa autoestima ou criar sentimentos de desconfiança interpessoal. Consideram-se eventos precursores à solidão aqueles que alteram os desejos ou necessidades sociais e que não são acompanhados de alterações adequadas nas relações sociais reais.

Interessantes são também a visão de Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, (2006), para quem as pessoas solitárias diferem dos indivíduos não solitários na tendência para perceber as circunstâncias stressantes como ameaçadoras ao invés de desafiadoras. Quem sofre de solidão tem tendência a lutar com o stress de forma passiva e não consegue fazer-se valer de um suporte emocional e instrumental para sair desse estado.

Podemos ainda referir outros fatores associados à solidão a saber: idade; género e estado civil. Relativamente à idade, os estudos têm-se mostrado inconsistentes pois, parte deles sugere que na velhice, à medida que a idade aumenta, existe um decréscimo dos sentimentos de solidão e outras investigações apontam no sentido inverso. Existe o mito social que as pessoas idosas são mais solitárias. Mas, segundo alguns autores, e de acordo com as investigações que levaram a cabo, a solidão pode ocorrer muito cedo, em crianças com sete e oito anos (Asher & Wheeler, 1985, citados em Félix Neto, 1989a). As investigações recentes parecem apontar que a solidão diminui

com a idade, obtendo, as pessoas idosas, pontuações mais baixas de solidão (Neto & Barros, 2008). Estas mesmas conclusões são descritas por Henrich & Gullone, (2006) que concluíram que as pontuações mais elevadas de solidão se encontravam entre a faixa etária dos 18-25 anos e mais baixas a partir dos 70 anos. Isto não significa que os idosos não sintam solidão mas talvez porque os jovens necessitam mais de falar dos seus sentimentos e encontram muitas transições sociais, deixar a casa dos pais, ida para a universidade etc. Com o avançar da idade, a vida social dos indivíduos tem tendência a tornar-se estável trazendo consigo, também, aquisição de maiores habilidades sociais (Neto & Barros, 2008). Na sociedade, encontramos ainda o mito relativo ao género. É frequentemente assumido que as mulheres, por serem mais emotivas, têm maior tendência para reações emocionais negativas. Contudo, estudos efetuados sobre solidão, particularmente os que utilizam a Escala de Solidão da UCLA, não encontraram diferenças significativas segundo o género (Neto & Barros, 2008). Tendo por base o estado civil, segundo Weiss (citado em Neto & Barros, 2008) as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão do que as casadas e no grupo das primeiras a solidão é maior nas viúvas e divorciadas que nas solteiras.

Como vimos, existem diversas abordagens teóricas da solidão, sendo perspetivas ligadas ao trabalho clínico, à análise social e à investigação que focam a natureza do fenómeno e as suas causas. De acordo com Neto & Barros (2008), os autores veem normalmente a solidão como uma experiência desagradável, sendo experienciada por uma vasta camada da população.

Apesar de escassos, têm sido utilizados alguns instrumentos para avaliar a solidão – uns fazendo uma abordagem unidimensional – “a solidão é encarada como um fenómeno unitário que varia sobretudo na intensidade experienciada” (F. Neto, 1992, p.21); e outros fazendo uma abordagem multidimensional “considera a depressão um fenómeno multifacetado que não pode ser apreendido só por uma medida global de solidão” (F. Neto, 1992, p.22). Um dos instrumentos mais conhecidos é a Escala de Solidão da UCLA (*University of California at Los Angeles*), foi estruturada e testada originalmente por Russel, Peplau e Ferguson, 1978; Russel, Peplau e Cutrona, 1980. Em Portugal foi validada por Neto em 1989 (Félix Neto, 1989). A Escala de Solidão da UCLA é uma abordagem unidimensional da solidão como estado psicológico, isto é, indivíduos diferentes podem experienciar sentimentos de solidão, ao longo de diferentes percursos de tempo, em diversas circunstâncias das suas vidas. É apreendida de modo unidimensional e considerada um fenómeno unitário que muda na intensidade com que é experienciada. Esta escala é adequada para conhecer o nível de solidão da população, não questiona de forma direta os sentimentos de solidão e tem como finalidade avaliar a solidão indiretamente (Margarida Pocinho, Farate, & Dias, 2010a).

A Depressão

No ano 2000, a depressão foi considerada pela OMS o quarto problema de saúde que mais afetou a humanidade em geral e estima-se que em 2020 possa ocupar o segundo lugar no *ranking* do número potencial de anos de vida perdidos, devido à mortalidade prematura, e anos de produtividade perdidos devido a incapacidade. Segundo a mesma fonte, as perturbações neuropsiquiátricas, de um ponto de vista global, justificam 33% dos anos vividos com incapacidade. Hoje a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo e estima-se que venha a ser a segunda maior causa de morte em 2020 (Organization & Who, 2014).

Os fenómenos depressivos são conhecidos desde a antiguidade, mas os seus conceitos e critérios de diagnóstico são relativamente recentes.

Em termos históricos podemos encontrar referências às perturbações de humor remontando à antiguidade clássica, a palavra “distímia” significava “dificuldade de ânimo/humor”, ou seja mal-humorado. Na Idade Média, a doença mental, passou a ser encarada como manifestação demoníaca. Só em 1863, com Kahlbaum, aparece a primeira descrição clínica daquele vocábulo, referenciando tratar-se de uma forma de melancolia crónica (citado em Margarida Pocinho, 2011). Hoje, a depressão é o sintoma principal de mais de 50% das pessoas que recorrem às consultas externas e cerca de 15% da população adulta mundial sofre desta perturbação, sendo que muitas delas não chegam a receber tratamento adequado (Mondimore, 2006).

Nacht e Recamier (citados em Grinberg, 2006) definem a depressão como um estado patológico de sofrimento psíquico consciente e de culpa, acompanhado por uma redução dos valores pessoais e uma diminuição da atividade psicomotora e orgânica.

De acordo com Neto & Barros (2008), a depressão consiste num estado de vazio afetivo de perda de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação e da vontade de viver.

Dos vários conceitos possíveis, a depressão pode ser definida como uma doença mental que pode afetar o humor durante longos períodos de tempo, evoluindo de um conceito caracterizado por um estado de espírito abatido das pessoas que sofrem de doença. Os sintomas incluem: perda de interesse, tristeza, alterações do apetite e do sono, sentimentos de culpa e incapacidade, sentimentos de inutilidade, fadiga e perda de energia, apatia e falta de concentração (Wolpert, 2000). Esta condição pode afetar o indivíduo nalguma fase da sua vida, seja como humor transitório ao sentir-se melancólica e abatida, seja sob uma forma mais séria, podendo

afetar os desempenhos físicos e psicológicos (Oliveira, Gomes e Oliveira, 2006 citado em Ascensão, 2011).

Enquanto entidade diagnóstica, a depressão clínica, tem sido classificada de diversas formas nomeadamente distinguindo-se entre distúrbios unipolares e bipolares e entre depressões endógenas e reativas (Margarida Pocinho, 2011). Dentro do modelo de terapia cognitivo-comportamental, a depressão diz respeito a um distúrbio depressivo unipolar, não psicótico (Serra, 1994).

Relativamente aos modelos conceptuais da depressão existem diferentes visões. Os modelos comportamentais consideram que o comportamento é adquirido ou modificado devido às consequências que se lhe originam, punição ou recompensa, sendo o desamparo, aprendido como incapacidade de superar adversidade. Este desamparo reforça o conceito de depressão pois a atitude geralmente resulta numa passividade do indivíduo deprimido (Serra, 1994). As semelhanças entre o desamparo aprendido e a depressão são marcadas por sentimentos de desânimo, impotência e desesperança, levando a uma imagem de fracasso.

Os modelos comportamentais, com o tempo, acabaram por se revelar algo limitados tendo sido ajustados com aspetos do modelo cognitivo. Este último traduz a forma como os indivíduos interpretam os acontecimentos e consequentes respostas (perceção influencia o ato). Dos vários contributos para esta perspetiva destaca-se Beck (1982), refere que a depressão assenta numa tríade cognitiva, caracterizada da visão negativa que o indivíduo faz do que o rodeia e principalmente de si próprio, de erros cognitivos (pensamentos automáticos involuntários e distorcidos da realidade) e de experiências negativas generalizadas (esquemas cognitivos). Neste sentido, os pensamentos desajustados, crenças e sensações contribuem grandemente para o aparecimento de sintomas depressivos com base assente numa perceção seletiva negativa, supergeneralização e raciocínios dicotómicos (Beck, A & Alford, 2011).

O diagnóstico clínico da depressão aparece classificado em dois sistemas internacionais, duas classificações e nosologias independentes, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), elaborado pela Organização Mundial de Saúde e nos Manuais de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), mais recentemente revisto no DSM-5, elaborados pela Associação Americana de Psiquiatria. No CID-10, os distúrbios desta ordem classificam-se em: distúrbio afetivo bipolar; distúrbio depressivo corrente, distúrbios persistentes de humor e outros distúrbios de humor. O DSM-IV-TR refere perturbações depressivas (depressão maior e distímia, perturbações bipolares (bipolar I, II e ciclotímia) e outras perturbações de humor baseadas na etiologia (derivadas devido ao estado físico ou induzidas por substâncias (A. P. Association, 2006). O DSM-5, publicado em 2013, veio trazer algumas alterações no capítulo dos Transtornos Depressivos onde ganhou novos diagnósticos. Foi introduzido o Transtorno Disruptivo de

Desregulação do Humor, caracterizado por um temperamento explosivo com graves e recorrentes manifestações verbais ou físicas de agressividade desproporcionais, em intensidade ou duração, à situação ou provocação. O DSM-5 incluiu, ainda, o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual como um diagnóstico validado e, os diagnósticos de depressão crônica e distímia foram modificados passando a formar o Transtorno Depressivo Persistente. Os sintomas centrais do Transtorno Depressivo Importante (maior) foram mantidos, aceitando agora especificadores como “com características mistas” e “com ansiedade”. Um dos pontos de maior polêmica, no que diz respeito à depressão, foi a retirada do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior. No DSM-5 é possível aplicar esse diagnóstico mesmo àqueles que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos, assumindo que, apesar de poder tratar-se de reação comum ele também possa ser experimentado de forma patológica (A. P. Association, 2013). O DSM-5 continua a ter critérios operacionais rígidos de modo a efetuar um diagnóstico claro dos doentes que apresentam determinados grupos de sintomas na ausência de outros. Cada síndrome é definida por um conjunto de critérios práticos e cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que se manifesta numa pessoa e que está associado com o mal estar atual.

Apesar de algumas diferenças, ambas as classificações são unânimes em considerar que a depressão se caracteriza por um sistema de tristeza profunda associada a sintomas fisiológicos e psicológicos que incluem humor deprimido, perda de interesse e prazer por atividades anteriormente satisfatórias e diminuição de energia levando à falta de ânimo perante a vida (Mental Healt, 2007 citado em Ascensão, 2011). O CID-10 refere que a existência de depressão é condicionada à forma e intensidade com que se verificam os sintomas associados, o DSM-5 acrescenta, que os sintomas devem permanecer por um período de duas semanas com repercussões à alteração do funcionamento normal do indivíduo (A. P. Association, 2013).

Dos sintomas depressivos mais comuns (segundo Serra, 1994) são:

- Humor deprimido associado a um forte sentimento de tristeza, desesperança em relação ao futuro, falta de ânimo e sensação de “vazio”;
- Perda de interesse por atividades anteriormente consideradas agradáveis podendo observar-se ainda, isolamento social;
- Alterações no apetite podendo verificar-se perda ou ganho significativo de peso;
- Alterações nos padrões do sono com eventuais manifestações de insónias;
- Retardo ou agitação psicomotora com lentidão ao falar ou agitação psicomotora excessiva;

- Perda de energia e fadiga revelando cansaço em realizar tarefas comuns e rotineiras;
- Sentimentos de culpa e de inutilidade com baixa autoestima;
- Dificuldades de concentração na tomada de decisões simples;
- Pensamentos de morte ou suicidas, associados geralmente a sensações de inutilidade ou falta de esperança.

Segundo Wolpert (2000), apesar da diversidade de sintomas, é generalizado que perturbam significativamente o rendimento no trabalho, a vida familiar e o simples existir do doente que sofre intensamente. Em alguns casos, geralmente graves, os sintomas podem surgir sem relação aparente com acontecimentos traumáticos da vida sob a forma de crises que perduram por vários meses.

Relativamente às causas da depressão, segundo Salkovskis (citado em Margarida Pocinho, 2011), elas terão de ser encontradas no tríonimo bio-psico-social uma vez que ela resulta da interação de múltiplos fatores. As variáveis biológicas, históricas, ambientais, culturais e psicossociais interagem criando cenários vulneráveis ao seu aparecimento. Assim, para além de um desequilíbrio bioquímico dos neurónios responsáveis pelo controle do estado de humor, os acontecimentos traumáticos da vida, problemas familiares, o stress, a morte de alguém próximo, as doenças, uma crise financeira, conflitos prolongados, a falta de um suporte social adequado, podem funcionar como desencadeantes ou facilitadores de episódios depressivos. O tipo de personalidade e o estilo de vida do indivíduo podem também correlacionar-se.

Como vimos, poderão estar envolvidas uma larga heterogeneidade de causas atuando numa via comum que conduz à depressão. Os modelos cognitivos centram-se sobre a possibilidade da existência de uma vulnerabilidade de natureza especificamente cognitiva. Neste sentido destacam-se os trabalhos de Beck e colaboradores que encaram a vulnerabilidade para a depressão como resultado de um estilo cognitivo caracterizado pela utilização de regras inapropriadas ou demasiado rígidas relativas à sua conduta, valor ou felicidade. Quando confrontados por acontecimentos negativos relevantes em relação a estas atitudes, um indivíduo com atitudes disfuncionais deste tipo terá mais possibilidades de se deprimir do que outro indivíduo que não possua este estilo cognitivo (Beck, A & Alford, 2011).

Em Portugal, não existem dados disponíveis que possibilitem determinar com fiabilidade a prevalência da depressão. No entanto, um estudo de base populacional realizado em cinco países europeus, incluindo Portugal, estabeleceu a prevalência de 2,4% a 4% para a depressão major, definida segundo os critérios da DSM-IV-TR (Gusmão et al, 2005). Ainda, segundo os mesmos autores, existem três estudos que permitem estabelecer a prevalência de sintomas depressivos em

Portugal que foram realizados recorrendo a uma escala de autoavaliação, *Beck Depression Inventory* (BDI). Dois foram realizados na zona Centro, revelando que 16,9% a 18,4% da população apresentava sintomas depressivos significativos, o outro, incidiu na zona do Algarve, e revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva de 17,8% na população geral (Gusmão et al. 2005).

Solidão versus Depressão

A ligação entre solidão e depressão aparece bem documentada na literatura ainda que os estudos não sejam totalmente coincidentes nos resultados obtidos. Em relação à saúde mental, a solidão tem sido apontada como um problema que afeta essencialmente os idosos e diversos estudos, como cita Faísca (2012), têm verificado uma estreita relação entre a solidão e a depressão (e.g., Adams, Sanders & Auth, 2004; Alpass F, Neville, 2003; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg e Pitkala, 2006). Heikkinen & Kauppinen (2004), num estudo longitudinal de 10 anos realizado com idosos Finlandeses, concluíram que a solidão originou sintomas depressivos. Na abordagem transversal deste estudo, Cacioppo et al. (2006), verificaram que os níveis mais elevados de solidão foram associados com maiores níveis de sintomas depressivos. Na componente longitudinal do estudo, realizado durante 3 anos, a solidão foi novamente associada a sintomas depressivos.

Menos frequentes são os estudos sobre depressão que se distanciam da solidão, ou seja autoavaliações de indivíduos que se sentem sós mas não se consideram deprimidos. A constatação de que solidão e depressão são fenómenos distintos embora, em parte, coincidentes já tinha sido observada por Bragg (1979) ao constatar que nem todas as pessoas solitárias se encontravam deprimidas e nem todas as pessoas deprimidas sofriam de solidão. Estes resultados levaram à distinção entre “solidão deprimida” e “solidão não deprimida” a primeira associada a uma negatividade global da vida da pessoa e a outra, apenas relacionada com insatisfação relativamente às relações sociais (Félix Neto, 1989). Um estudo longitudinal internacional, levado a cabo por Cacioppo, Hawkley, & Thisted, (2010), teve precisamente o objetivo de avaliar a potencial ligação entre a solidão e os sintomas depressivos. A amostra populacional foi etnicamente diversa e composta por 229 indivíduos, com idades entre os 50 e os 68 anos. Provou-se que a solidão promove aumentos na sintomatologia depressiva, independentemente da idade, do sexo e da etnia no entanto, não acontece o mesmo com a depressão que nem sempre origina solidão.

Na revisão bibliográfica de Henrich & Gullone (2006) e noutros estudos exploratórios, provou-se que apesar de a solidão ter muitas características em comum com outros constructos psicológicos, não deixa de ser um fenómeno distinto que merece atenção por seu próprio direito, tratando-se de um fenómeno psicológico complexo, com causas multivariadas, implicando mesmo uma dificuldade em lidar com a vida, com o outro e consigo mesmo (Henrich & Gullone, 2006).

Perspetiva Temporal

A revisão da literatura, relativa a estudos longitudinais sobre as variáveis em análise, revelou-se pouco frutífera. Nessa revisão, destaca-se que a maioria dos estudos apresenta limitações metodológicas: a maioria deles foram baseados em pequenas amostras e os resultados foram pouco consistentes (Harris, 2006). Os estudos encontrados centram-se maioritariamente na variável depressão, aparecendo a solidão apenas como correlato.

Destacamos as investigações levadas a cabo por Vicente et al. (2014), num estudo de coorte prospetivo com dois momentos (2011 e 2013), foram avaliados 83 indivíduos entre os 50 e os 100 anos, usando entre outras a Escala Geriátrica da Depressão/GDS e a Escala de Solidão/UCLA. Após dois anos 59,0% manteve depressão e 10,8% desenvolveu depressão. Os indivíduos com depressão tiveram significativamente piores resultados na UCLA. Quanto à evolução da depressão, os idosos que mantiveram depressão tiveram inicialmente pontuações elevadas nas escalas GDS e UCLA. Os que desenvolveram depressão tiveram pontuações elevadas na UCLA, no primeiro momento. Conclui-se, em última análise, que a solidão poderá ser um fator de risco para o desenvolvimento da depressão.

Anteriormente, um estudo levado a cabo por Harris (2006) chegou a conclusões similares, tendo obtido o valor de 8,4% de aparecimento de sintomas depressivos, em idosos, em dois anos de intervalo. 61,2% dos indivíduos encontravam-se deprimidos no início do estudo e mantiveram essa incidência. Entre os principais fatores preditores da depressão encontrava-se a solidão.

Destaque merecem também, Cacioppo, Hawkley, & Thisted (2010), desenvolveram um estudo longitudinal de cinco anos, com uma amostra de 229 indivíduos, com idades compreendidas entre os 50 e os 68 anos, com o intuito de estudar a potencial associação entre a solidão e os sintomas depressivos. Concluíram que a solidão promove aumentos da sintomatologia depressiva, independentemente da idade, sexo ou etnia. Verificaram, ainda, que a solidão é um importante fator de risco para a saúde na medida em que aumenta a pressão sanguínea e o risco de morte por doença cardíaca. As pessoas solitárias apresentaram leituras de pressão sanguínea até 30% mais elevadas do que pessoas não solitárias mesmo quando os sintomas depressivos foram considerados. A pesquisa mostrou, ainda, significância entre o aumento da pressão sanguínea, a idade e a solidão. Segundo os autores o aumento da pressão sanguínea associada com a solidão é aproximadamente da mesma magnitude das reduções obtidas por meio da perda de peso e atividade física regular em pessoas que sofrem de hipertensão.

Definição do problema e objetivos de estudo

O objetivo deste estudo é perceber se a solidão e a depressão podem ser considerados constructos independentes ou, se pelo contrário, surgem de forma concomitante. Pretendemos, ainda, introduzir a variável temporal e verificar se há diferenças estatisticamente significativas na evolução do sentimento de solidão, após o período intervalar de três meses, quando os indivíduos não receberam nenhum tipo de intervenção terapêutica.

Segundo (Lakatos & Marconi, 2001), a hipótese é um enunciado geral de relações entre variáveis, formulado como uma solução provisória para um dado problema, apresentando um caráter preditivo ou explicativo, compatível com o conhecimento científico e revelando uma atribuição lógica sendo passível de verificação empírica nas suas consequências.

Neste sentido pretendemos testar as seguintes hipóteses:

- **Hipótese experimental H₁**: existem indivíduos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão;
- **Hipótese experimental H₂**: os indivíduos do género feminino apresentam maiores níveis de solidão do que os do género masculino;
- **Hipótese experimental H₃**: à medida que se avança na idade aumentam os níveis de solidão;
- **Hipótese experimental H₄**: os sentimentos de solidão não se alteram significativamente só com o passar do tempo.

Material e método

Participantes

Neste estudo participaram 60 indivíduos, residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 40 e os 86 anos. 46 são do género feminino e 14 do género masculino.

A tabela 1 indica a distribuição da amostra segundo o género e grupo etário assim, 76,7% são do género feminino e 23,3% do género masculino. Relativamente ao grupo etário, 57, representando 95% do total da amostra, tem idade igual ou inferior a 75 anos; 2 encontram-se no grupo etário 76-85 anos (3,3%) e apenas um tem idade igual ou superior a 86 anos (1,7%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o género

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Grupo etário	<= 75	N	45	12	57
		%	75,0	20,0	95,0
	76 - 85	N	0	2	2
		%	0,0	3,3	3,3
	86+	N	1	0	1
		%	1,7	0,0	1,7
Total		N	46	14	60
		%	76,7	23,3	100,0

De acordo com a tabela 2, a idade mínima dos inquiridos é de 40 anos e a máxima de 86 anos, sendo a média de 51,92 anos, com desvio padrão de 10,23.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com a idade

Idade	N	Xmin	Xmáx	M	DP
Inquirido	65	40	86	51.92	10.23

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram um Questionário Sociodemográfico; a adaptação da Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica de Depressão – GDS.

A “Escala de Solidão da UCLA”, em anexo, tem como nome original “*UCLA Loneliness Scale*” e foi desenvolvida por Russel; Peplau; Cutrona, (1980). Utilizou-se para a população portuguesa, validada por Neto (1989). É uma escala de heteroadministração, desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Desde a sua criação, a versão original tem sido revista, estando atualmente na 3ª versão (Margarida Pocinho et al., 2010). A escala manifesta boas qualidades psicométricas (Neto, 1989; 1992) e é considerado que tem uma fidedignidade elevada como instrumento de diagnóstico da solidão (Margarida Pocinho et al., 2010). É um questionário que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma em 20 itens. As respostas a cada um fazem-se através de uma escala de tipo *Likert* com 4 pontos, desde nunca (1); raramente (2); algumas vezes (3) até frequentemente (4). A pontuação mínima possível é de 20. O ponto de corte é o valor 39, sendo que valores abaixo não revelam solidão e valores superiores a 39, revelam a presença de solidão.

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS), em anexo, foi construída por: T.L. Brink, J.A. Yesavage, O. Lum, P. Heersema, V. Huang, T. L. Rose, M. Adey e V. O. Leirer (1983), e é validada clínica e psicometricamente para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias; Lee & Yesavage, 2009. É uma escala de heteroadministração composta, na versão portuguesa, por 27 itens e tem como objetivo medir níveis de depressão na 3ª idade. O ponto de corte é o valor 11, abaixo não revela presença de depressão e valores superiores revelam depressão.

Neste estudo, a fidedignidade global demonstrou ser elevada (*Alpha Cronbach's* =0,939); contemplando os critérios psicométricos e as resoluções do Conselho Federal de Psicologia, datadas a partir de 2003, no que diz respeito à apresentação de evidências empíricas de validade, fidedignidade e de fundamentação teórica necessárias a um instrumento de avaliação psicológica. Não obstante os valores apresentados, a tabela 3, que se segue, dá-nos uma leitura mais objetiva, já que o faz correlacionando cada item com as restantes, e nos dá, para além da correlação corrigida, o *Alpha*, se o item for eliminado.

Tabela 3 - Validade da Escala

Itens	M	Escala de Variância se o item for apagado	Correlação corrigida	Alfa de Cronbach's
UCLA1	34.66	131.150	.702	.936
UCLA2	34.97	129.301	.713	.936
UCLA3	34.78	132.555	.513	.940
UCLA4	34.81	128.536	.758	.935
UCLA5	34.75	132.635	.566	.938
UCLA6	35.02	132.841	.537	.939
UCLA7	35.06	130.885	.696	.936
UCLA8	35.11	131.242	.621	.937
UCLA9	35.00	130.540	.655	.937
UCLA10	35.22	129.221	.753	.935
UCLA11	35.30	130.910	.790	.935
UCLA12	35.27	134.579	.510	.939
UCLA13	34.81	131.615	.644	.937
UCLA14	34.88	130.016	.669	.937
UCLA15	34.81	131.075	.643	.937
UCLA16	35.06	129.742	.723	.936
UCLA17	34.89	131.305	.613	.938
UCLA18	35.13	132.111	.630	.937
UCLA19	35.14	130.694	.704	.936
UCLA20	35.08	136.899	.433	.940

Procedimentos

Após a cedência, pela primeira autora da versão portuguesa (Margarida Pocinho et al., 2010a) dos questionários previamente administrados, em situação de entrevista individual, com os cuidados éticos necessários ao desenvolvimento do estudo, respeitando o estado emocional dos participantes, foi iniciado a elaboração de uma matriz dos dados no *Statistics Program Package for Social Sciences - SPSS*, versão 19, com a informação necessária à persecução deste estudo. Os dados foram depurados e recodificados na presença da autora e os itens das escalas foram submetidos a análise pelos princípios da estatística paramétrica (Margarida Pocinho, 2013). Os questionários foram administrados, em vários locais, em Centros de Dia, Centros de Saúde, Lares, IPSS e domicílios, por pessoas previamente preparadas, a saber: assistentes sociais, no caso de idosos internados em lares e estudantes finalistas de psicologia para os residentes em suas casas. Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, anonimato e confidencialidade das respostas. Para avaliar a consistência temporal recorreu-se ao teste-reteste. Aplicou-se o instrumento duas vezes, aos mesmos inquiridos com intervalo de 3 meses.

Para cumprir o desenho exploratório e correlacional proposto, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos, em tempos sequentes. Assim, foi seguida a seguinte especificidade metodológica:

1º Momento de estudo de variáveis - procedemos à análise estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão, para tratar as variáveis de caracterização da amostra;

2º Momento de estudo de variáveis - na segunda parte do questionário, as duas escalas utilizadas para medir a solidão e a depressão, foram submetidas a procedimentos estatísticos diferentes.

Inicialmente foram utilizados testes estatísticos que se referem à estatística descritiva, com a finalidade de obter as frequências absolutas e relativas com que os factos estudados acontecem, e também de encontrar algumas medidas de tendência central. Para verificar a relação entre a solidão e a depressão bem como a distribuição da depressão pelas variáveis biográficas, foi utilizado o teste do *qui-quadrado* da independência e respetivo coeficiente de associação (ϕ ¹ quando as variáveis forem dicotómicas (2x2) e *v de cramer* para tabelas com mais de 2 linhas e ou 2 colunas²). Para a interpretação das relações entre as variáveis utilizámos os critérios de *Byrman e Cramer*, citados por Pocinho (2012) em que: se Eta, r, Rho, phi:

- $\leq 0,2$ correlação muito fraca e sem significância

- $0,2 < r \leq 0,39$ correlação fraca

- $0,4 < r \leq 0,69$ correlação moderada

- $0,7 < r \leq 0,89$ correlação forte

- $0,9 < r \leq 1$ correlação muito elevada

3º Momento de estudo de variáveis – para a análise da perspectiva temporal utilizámos o teste *T de Student* para dados emparelhados (a mesma amostra em 2 momentos distintos). O objetivo deste teste é comparar a quantidade da variabilidade devida às diferenças previstas nos resultados entre dois grupos com a variabilidade total nos resultados dos sujeitos. A estatística *t* representa o tamanho da diferença entre as médias para os dois grupos, tomando em consideração a variância total (Margarida Pocinho, 2010). Para a análise da consistência recorreremos ainda, ao método *metade-metade split-half*. Complementámos com a cálculo do índice de *kappa de Cohen*, medida de concordância usada em escalas nominais.

$$^1 \phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

$$^2 V = \sqrt{\frac{\frac{\chi^2}{n}}{\min(\text{linhas}-1), (\text{colunas}-1)}}$$

Apresentação de Resultados

Tendo em conta o racional metodológico e estatístico supracitado, para dar cumprimento ao desenho do estudo, serão agora expostos os resultados.

Serão apresentados, inicialmente, as principais características psicológicas da amostra e de seguida, as características referentes à contingência entre a solidão e a depressão. Finalmente, serão apresentados os resultados referentes à avaliação de solidão subjetiva por grupo e a consistência temporal do sentimento de solidão.

As tabelas 4 e 5 analisam a prevalência da depressão e da solidão respetivamente. Como se pode verificar na tabela 4, dos 60 participantes neste estudo, 21, representando 35% dos indivíduos, têm depressão.

Tabela 4 - Prevalência da depressão

Prevalência da Depressão	N	%
<= 11,00 – sem depressão	39	65,0
> 12,00 – com depressão	21	35,0
Total	60	100,0

Quanto à prevalência da solidão, e observando os valores apresentados na tabela 5, 28 indivíduos, representando 46,7%, apresentam solidão.

Tabela 5 - Prevalência da solidão

Prevalência da Solidão	N	%
<= 39 - sem solidão	32	53,3
>40 – com solidão	28	46,7
Total	60	100,0

Relativamente à análise da relação entre solidão e depressão passaremos a apresentar os resultados obtidos correlacionados com as hipóteses levantadas:

Hipótese experimental H₁: existem indivíduos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do *qui-quadrado da independência* (X^2) e respetivo *phi* enquanto coeficiente de associação. Os resultados podem ser observados na tabela 6. Constatamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão, contudo, podemos verificar que de 45% da amostra que não apresenta depressão também não apresenta solidão, mas 20% tem solidão sem revelarem sintomas de depressão ($p>0,001$). Este facto permite-nos aceitar a nossa hipótese experimental 1.

Tabela 6 - Relação entre solidão e depressão

			Solidão		Total
			Sem solidão	Com solidão	
Depressão	Sem depressão	N	27	12	39
		%	45,0	20,0	65,0
		RA	3,4	-3,4	
	Com depressão	N	5	16	21
		%	8,3	26,7	35,0
		RA	-3,4	3,4	
Total		N	32	28	60
		%	53,3	46,7	100,0
X²= 11, 315		Phi=0,434	p<0,001	ra= resíduos ajustados³	

Hipótese experimental H₂: os indivíduos do género feminino apresentam maiores níveis de solidão do que os do género masculino.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do *qui-quadrado* (X^2) Os resultados podem ser observados na tabela 7 e permitem concluir que são os indivíduos do género masculino que apresentam maiores níveis de solidão, 71,4%, comparativamente com os do género feminino que apresentam 39,1%. O que nos leva a rejeitar a hipótese 2.

³ O resíduo ajustado é uma medida calculada para cada célula de uma tabela de contingência. Para cada célula, ou seja, para cada combinação possível entre as categorias das variáveis utilizadas, o resíduo ajustado indica se há ou não há significativamente mais (ou menos) casos do que seria esperado caso as variáveis não estivessem associadas. O resíduo ajustado indica que há significativamente mais casos do que o esperado quando $\epsilon > 1,96$. Por outro lado, o resíduo ajustado indica que há significativamente menos casos do que o esperado quando $\epsilon < -1,96$. Quando o resíduo ajustado se situa no intervalo entre -1,96 e 1,96, não há diferença significativa entre o número de casos esperado e o número de casos observados. O SPSS para apresentar os cálculos dos resíduos ajustados arredonda o valor dos resíduos, apresentando-o com apenas uma casa decimal. Por tanto, o resíduo ajustado será considerado significativo quando for $\geq |2,0|$

Tabela 7 - Prevalência da solidão segundo o gênero

			Gênero		Total
			Feminino	Masculino	
Solidão	Sem solidão	N	28	4	32
		%	60,9	28,6	53,3
		RA	2,1	-2,1	
	Com solidão	N	18	10	28
		%	39,1	71,4	46,7
		RA	-2,1	2,1	
Total	N	46	14	60	
	%	100,0	100,0	100,0	
X ² = 4,499 ^a			Phi=0,274		p=034

Hipótese experimental H₃: à medida que se avança na idade aumentam os níveis de solidão.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do *qui-quadrado da independência* (χ^2). Em idades ≤ 75 anos a solidão representa 43,9% neste grupo, enquanto que nos restantes grupos etários representa 100%. Apesar da prevalência pontual da solidão ser maior em grupos etários mais elevados, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa, até porque existem apenas 3 idosos com idades superiores aos 75 anos. Assim, não existe evidência científica que nos permita aceitar a hipótese experimental 3.

Tabela 8 - Prevalência da solidão segundo a idade

			Solidão		Total
			<= 39	40+	
Idade	<= 75	N	32	25	57
		%	56,1%	43,9%	100,0%
		RA	1,9	-1,9	
	76 - 85	N	0	2	2
		%	0,0%	100,0%	100,0%
		RA	-1,5	1,5	
	86+	N	0	1	1
		%	0,0%	100,0%	100,0%
		RA	-1,1	1,1	
Total	N	32	28	60	
	%	53,3%	46,7%	100	
$\chi^2 = 3,609$			$\Phi = 0,245$		$p = 0,165$

Hipótese experimental H₄: Os sentimentos de solidão não se alteram significativamente só com o passar do tempo

Conforme se pode observar pelo teste do *qui-quadrado da independência* e de concordância *kappa de cohen*, existe uma associação significativa de concordância moderada entre a solidão ao longo do tempo. Com efeito, dos 53,3% que não tinham solidão no primeiro momento da

aplicação da UCLA, 81,2% mantêm a ausência de solidão. Dos 46,7% que tinham solidão no primeiro momento da aplicação da UCLA, 57,1% mantêm os níveis de solidão.

Tabela 9- Prevalência da solidão na primeira e segunda aplicação

			Solidão 3 meses depois		Total
			sem	com	
Solidão	sem	N	26	6	32
		%	81,2%	18,8%	53,3%
		RA	3,1	-3,1	
	com	N	12	16	28
		%	42,9%	57,1%	46,7%
		RA	-3,1	3,1	
Total	N	38	22	60	
	%	63,3%	36,7%	100%	
$X^2= 9,479$			$Kappa=0,4$		$p=0,002$

Fomos ainda comparar os valores absolutos na primeira e segunda aplicação. Para o efeito recorremos ao teste *t* de *student* para dados emparelhados, já que os sujeitos do estudo eram os mesmos nos dois momentos. Apesar da solidão ter baixado no segundo momento, essa alteração não se mostrou estatisticamente significativa, pelo que os resultados reforçam a análise anterior de manutenção dos seus níveis quando não existe intervenção específica no sentido de diminuir os sentimentos de solidão.

Tabela 10- Valores de aplicação e reaplicação da UCLA

		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	Solidão	39,4833	60	12,68456
	SolidãoR	37,0833	60	11,36198

$T = 1,570$ $gl = 50$ $p = 0,122$

Discussão e conclusão

Neste capítulo realizou-se a discussão sobre a recolha e análise estatística dos dados. Em seguida apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, de acordo com cada objetivo estabelecido para o presente estudo.

Os nossos resultados permitem constatar que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão, contudo, podemos verificar que 45% da amostra que não apresenta depressão também não apresenta solidão, mas 20% tem solidão sem revelarem sintomas de depressão ($p > 0,001$). Este facto permite-nos aceitar uma das hipóteses centrais do estudo, pois ao existirem indivíduos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão, encaminhamo-nos na certeza de que a solidão pode ser considerada um constructo independente da depressão. Peplau & Perlman (1982) já tinham concluído que a investigação sobre solidão tem sido dificultada pela sua forte associação com a depressão mas os resultados de vários estudos mostram que, apesar de estarem correlacionadas, são claramente diferentes construções. Cacioppo, Hawkley, & Thisted (2010), num estudo longitudinal internacional, com o objetivo de avaliar a potencial ligação entre a solidão e os sintomas depressivos, provaram que a solidão promove aumentos na sintomatologia depressiva, independentemente da idade, do género e da etnia no entanto, não acontece o mesmo com a depressão, que nem sempre origina solidão. Na revisão bibliográfica de Henrich & Gullone (2006), já se tinha provado que apesar da solidão ter muitas características em comum com outros constructos psicológicos, não deixa de ser um fenómeno distinto. Singh & Misra (2009), apontam que a depressão é um problema que acompanha a solidão mascarando os sintomas desta última. Na mesma linha de pensamento encontramos Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted (2006) que consideram que, apesar da solidão e depressão se relacionarem entre si e até se influenciarem mutuamente ao longo do tempo, são constructos diferentes. Esta constatação também já tinha sido observada por Bragg (1979), ao constatar que nem todas as pessoas solitárias se encontravam deprimidas e nem todas as pessoas deprimidas sofriam de solidão. Estes resultados levaram o autor a propor a distinção entre “solidão deprimida” e “solidão não deprimida”.

A revisão da literatura e alguns estudos encontrados apontam para a hipótese dos indivíduos do género feminino apresentarem maiores níveis de solidão do que os do género masculino. Destacamos os trabalhos de Pinquart, M & Sorensen (2001); Cacioppo et al., (2006); Paúl, C.; Ayis S. & Ebrahim, (2006) e Freitas, (2011). Na mesma linha encontramos Berg, Mellstrom, Persson, & Svanborg, (1981) num estudo realizado em 1981, com uma amostra

representativa de 1007 idosos com 70 anos, na Suécia, concluíram que a solidão afetava 24% das mulheres e 12% dos homens. Faísca (2012), no estudo sobre a prevalência da sintomatologia depressiva e solidão nos idosos na cidade da Covilhã, concluiu que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e o género ($\chi^2 = 6,132$; $p = 0,013$) tendo o género feminino obtido valores de 17,3% e o género masculino de 5,8%. Resultados semelhantes foram encontrados na revisão da literatura. Os nossos resultados, no entanto, não confirmam esta hipótese, pelo contrário são os indivíduos do género masculino que apresentam maiores níveis de solidão, 71,4%, comparativamente com os do género feminino que apresentam 39,1%.

Apesar de serem mais frequentes os estudos que apontam a prevalência para o género feminino, também encontramos outros que levantam essa dúvida. De acordo com Vaz (2009), num estudo realizado numa amostra de 186 indivíduos, a taxa de prevalência foi de 46,7%, mais prevalente entre mulheres (50,9%) que entre os homens (40,3%) mas o autor sugere que novos estudos sejam feitos. Costa (2013), no estudo sobre solidão como fator de risco para a depressão na terceira idade, concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, em relação aos níveis de solidão ($t(98) = -.660$; $p > .05$). Apesar de as mulheres terem níveis mais elevados de solidão ($M = 37.9$) do que os homens ($M = 36.7$) os valores não são significativos. Neto & Barros (2008) já tinham partilhado esta conclusão afirmando que os estudos efetuados sobre solidão, particularmente os que utilizaram a Escala de Solidão da UCLA, não encontraram diferenças significativas segundo o género.

Relativamente à idade, os estudos têm-se mostrado inconsistentes pois, parte deles sugere que na velhice, à medida que a idade aumenta, existe um decréscimo dos sentimentos de solidão e outras investigações apontam no sentido inverso. No nosso estudo, verificámos que em idades ≤ 75 anos a solidão representa 43,9%, enquanto que nos restantes grupos etários representa 100%. Apesar da prevalência pontual da solidão ser maior em grupos etários mais elevados, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa, até porque existem apenas 3 idosos com idades superiores aos 75 anos. Assim, não existe evidência científica que nos permita aceitar a hipótese experimental enunciada, que relaciona a idade com maiores índices de prevalência da solidão. Na revisão da literatura, muitos estudos revelam este sentido de orientação Freitas (2011); Augusto et al. (2008); Cacioppo et al. (2010); Costa (2013), no entanto, também foram encontrados outros que o contrariam. Destacamos os estudos de F Neto & Barros (2008), que parecem apontar que a solidão diminui com a idade, obtendo, as pessoas idosas, pontuações mais baixas de solidão comparativamente com os grupos etários mais jovens, nomeadamente em adolescentes (Gutek, Nakamura, Gehart, Handschumacher & Russel, 1980, citado em Neto, 2000; Neto & Barros, 2008).

Estas mesmas conclusões são descritas por Henrich & Gullone (2006), que concluíram que as pontuações mais elevadas se encontravam entre a faixa etária dos 18-25 anos e mais baixas a partir dos 70 anos. Faísca (2012), no estudo anteriormente referenciado, concluiu que os idosos do grupo etário 65-74 eram os que apresentavam maiores valores de solidão, no entanto, não encontrou uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e a idade. No estudo de Paúl, C. & Ribeiro (2009), as conclusões foram semelhantes, os resultados apurados foram não significativos para a associação entre a idade e solidão. Esta relação parece não ser, ainda, muito clara.

Relativamente à última hipótese, os sentimentos de solidão não se alteram significativamente só com o passar do tempo, concluímos que existe uma associação significativa de concordância moderada entre a solidão, ao longo do tempo. Com efeito, dos 53,3% que não tinham solidão no primeiro momento da aplicação da UCLA, 81,2% mantêm a ausência de solidão. Dos 46,7% que tinham solidão no primeiro momento da aplicação da UCLA, 57,1% mantêm os níveis de solidão. Compararam-se ainda, os valores absolutos na primeira e segunda aplicação recorrendo ao teste *t* de *student* para dados emparelhados, já que os sujeitos do estudo eram os mesmos nos dois momentos. Apesar da solidão ter baixado no segundo momento, essa alteração não se mostrou estatisticamente significativa, pelo que os resultados reforçam a análise anterior de manutenção dos seus níveis, quando não existe intervenção específica no sentido de diminuir os sentimentos de solidão. Foram encontrados poucos estudos comparativos que permitissem um melhor enquadramento científico, no entanto, destacamos o estudo longitudinal de Vicente et al. (2014), que pretendeu estudar a evolução de sintomas depressivos em idosos, usando as escalas GDS e UCLA. Concluiu que 59,0% dos indivíduos, após dois anos, mantiveram depressão e 10,8% desenvolveram depressão. Quanto à evolução, os idosos que mantiveram depressão tiveram inicialmente pontuações elevadas na UCLA e apresentaram associadamente um agravamento dos sentimentos de solidão, ao longo dos dois anos. Os que desenvolveram depressão tiveram, no primeiro momento, pontuações elevadas na UCLA. Face aos resultados obtidos, a solidão constitui um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Esta mesma conclusão tinha sido já observada em Vicente et al. (2014). No estudo levado a cabo por Faísca (2012), 51,9% dos indivíduos referem que nem se sentem mais nem menos sozinhos comparando com o ano anterior, no entanto, 44,4% revela sentir mais solidão no presente. No estudo de Paúl e Ribeiro (2009), 12% da amostra referiu sentir-se mais só no presente do que no ano passado. Parece-nos também interessante fazer um paralelo com o estudo de Ascensão (2011), que mediu os níveis de solidão antes e depois de uma intervenção com idosos. Observou-se que a média das diferenças emparelhadas em relação aos dois momentos foi de 14 pontos o que demonstrou diminuição do

nível de solidão após a intervenção, esta diferença é significativa apresentando um valor t de $t(5)=3,026$; $p<.05$.

Os resultados do nosso estudo refletem a importância de delinear intervenções psicossociais para ajudar as pessoas que sofrem de solidão pois este sentimento não diminui apenas com o passar do tempo.

Terminamos realçando que a investigação sobre solidão tem sido dificultada pela sua forte associação com a depressão por isso, sugerimos que mais pesquisas empíricas e multidisciplinares sejam feitas para determinar melhor a etiologia, a causalidade e a relação entre solidão, depressão e outros correlatos.

Bibliografia

- Ascensão, M. C. de A. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso : implementação de um programa de intervenção*. Vasa. Universidade de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/5134>
- Association, A. P. (2006). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. (A. P. Association, Ed.) Arlington (5 th ed.). Washington, DC. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>
- Association, N. A. D. (2004). *North American Diagnosis Association – NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2001-2002*. Porto Alegre: Artmed.
- Augusto, S., Oliveira, R., & Pocinho, M. (2008). Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos. *Interações*, 69–94. Retrieved from <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/263>
- Bastos, M., & Costa, M. (2006). A influência da vinculação nos sentimentos de solidão nos jovens universitários: Implicações para a intervenção psicológica. *Psicologia: Revista Da Associação ...*, 18 (2), 33–56. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56459>
- Beck, A & Alford, A. (2011). *Depressão - Causas e tratamento*. (Artmed, Ed.) (2ª ed). Porto.
- Berg, S., Mellstrom, D., Persson, G., & Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish Aged. *Journal of Gerontology*, 36(3), 342–349. <http://doi.org/10.1093/geronj/36.3.342>
- Berger, Louise; Mailloux-Poirier, D. M. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Booth, R. (2000). Loneliness as a Component of Psychiatric Disorders, 2(2).
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <http://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R. a. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Costa, F. C. (2013). *A Solidão como fator de risco para a depressão, na terceira idade*. Universidade Católica Portuguesa.

- Faísca, L. R. (2012). Sintomatologia Depressiva e Solidão na população idosa residente na cidade da Covilhã.
- Ferreira, A., & Neto, F. (2012). Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. *Infad - Revista de Psicologia*, 2 (1), 115–122. Retrieved from http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD_020124_115-122.pdf
- Freitas, P. da C. B. (2011). *Solidão em Idosos- Percepção em Função da Rede Social Percepção em Função da Rede Social*. Universidade Católica Portuguesa.
- Grinberg, L. P. (2006). Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 63 (7), 63(7), 317–330.
- Gusmão, R. (et al. . (2005). O peso das perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*, 18, 129–146 Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde.
- Harris, T. (2006). Onset and persistence of depression in older people--results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, 35(1), 25–32. <http://doi.org/10.1093/ageing/afi216>
- Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2004). Depressive Symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239–250.
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695–718.
- Klein, M. (1975). *O sentimento de solidão*. Rio de Janeiro: IMAGO.
- Lakatos, E. M. A., & Marconi, M. A. (2001). *Metodologia do trabalho científico* (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Mondimore, F. M. (2006). *Depression, the mood disease*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.1088/abstract>
- Neto, & Barros, J. (2008). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 3, 71–88. Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4670>
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65–79. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Avaliação+da+Solidao#>
- Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Organization, W. H., & Who. (2014). mhGAP intervention guide. *Geneva: WHO*, 1–121. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:mhGAP+Intervention+Guide#1> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:mhGAP+intervention+guide#1>

- Paúl, C. ; Ayis S. & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 221–232.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old age living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 53–60.
- Peplau, & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social ...*, 39 (3), 472–480. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/psp/39/3/472.pdf&productCode=pa>
- Peplau, & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (John Wiley). New York: Interscience. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:loneliness+a+sourcebook+of+current+theory,+research+and+therapy#0>
- Pinquart, M & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Applied Social Psychology*, 23, 245–66.
- Pocinho, M. (2007). *Fatores Socioculturais, Depressão e Suicídio no idoso Alentejano. Tese de Douturamento*, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt:8080/jspui/handle/123456789/154>
- Pocinho, M. (2010). *Estatística II*.
- Pocinho, M. (2011). Interação dos factores socioculturais e de depressão na ideação e intenção suicidária dos idosos. *ESTeSC, ISMT*.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*.
- Pocinho, M. (2013). *Lições de Psicometria: Do Projeto à Medida*.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010a). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E Novas Modernidades*, 18, 65–77. Retrieved from <http://www.interacoes.ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>
- Serra, A. V. (1994). *O Inventário da Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Psiqu. Clínica.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51. <http://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado*. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. Da, Costa, M., Martins, S., ... Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 308–316. <http://doi.org/10.1590/0047-20850000000039>
- Wolpert, L. (2000). *A Psicologia da Depressão*. Lisboa: Editorial Presença.

Anexos

UCLA – Escala de Solidão – Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 - Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 - Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 – Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses	4	3	2	1
10-sente-se abandonado	4	3	2	1
11-sente-se completamente só	4	3	2	1
12-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13-as suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14-Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15-considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16-sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17-sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18-é-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19-sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20- Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

GDS Portuguese Version

Pocinho, M. Farate, C; Amaral Dias, C; Lee, T.; Ysavage, J.

GDS	SIM	NÃO
1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10-sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11-fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12-preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13-anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14-acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15-actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16-sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17-sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18-preocupa-se muito com o passado	1	0
19-sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20-custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21-sente-se cheio de energia	0	1
22-sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23-julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24-aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25-dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26-sente dificuldade em se concentrar	1	0
28-evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

NB (Excluded items: 27, 29, 30)